

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples

Morshedi M¹, *Davarniya R², Zahra Kar K³, Mahmudi MJ⁴, Shakarami M⁵

1- MA Student in Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Ph.D Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: rezadavarniya@yahoo.com

3-Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

4- MA in School Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

5- Ph.D Student of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment therapy is one of the third generations of behavioral therapy and instead of trying to change cognitions, person's Psychological relationship with him thoughts and feelings to rise. The aim of this study was to determine the efficacy of treatment based on acceptance and commitment (ACT) to reduce the couple burnout of married couples.

Method: In the form of a quasi-experimental intervention in the form of pre-posttest control group, 20 couples among couples with marital problems that referred to Rastin counseling and psychological services in the spring of 2015 choice with sampling method and were divided into control and experimental groups randomly (each 10 couples). The study's instrument was Paynz Couple Burnout 1996. The experiment group received therapeutic intervention based on acceptance and commitment therapy for at least twelve weeks of group therapy but for control group treatment was provided. After completed treatment sessions post-test was done from both groups. Data were analyzed by T-difference.

Results: Between pre-test (93.60) and post-test scores (78.10) in the experimental group compared with the control group was significantly different ($T = -8.32, P < 0.01$). In other words, intervention based on acceptance and commitment was effective in reducing couple burnout in experiment group.

Conclusion: The results show that acceptance and commitment therapy to reduce the couple burnout was effectiveness in married couples. It is recommended that this treatment counselors and family therapists in counseling centers and family education classes in order to solve their marital problems and boost productivity.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Couple Burnout, Couples.

Received: 22 July 2015

Accepted: 6 September 2015

کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها

مهدي مرشدی^۱، *رضا داورنیا^۲، کیانوش زهراکار^۳، محمد جلال محمودی^۴، محمد شاکرمی^۵

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۲- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: rezadavarniya@yahoo.com
- ۳- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- ۵- دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره ۱۰ شماره ۴ زمستان ۱۳۹۴ ۷۶-۸۷

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان های رفتاری نسل سوم است و در آن تلاش می شود بجای تغییر شناختها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف پژوهش حاضر تعیین کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجها بود.

روش: در قالب یک مداخله نیمه تجربی به شیوه پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل، ۲۰ زوج به شیوه نمونه گیری در دسترس از میان زوجین دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی راستین در بهار سال ۱۳۹۴ انتخاب و بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۰ زوج) تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه فرسودگی فرسودگی پاینز (CBM) ۱۹۹۶ بود. گروه آزمایش مداخله درمانی به شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به مدت دوازده جلسه دو ساعته به شیوه گروهی دریافت نمودند اما برای گروه کنترل درمانی ارائه نشد. پس از اتمام جلسات درمان از هر دو گروه پس آزمون بعمل آمد. داده ها با آزمون T تفاضل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: بین نمرات پس آزمون (۷۸/۱۰) و پیش آزمون (۹۳/۶۰) گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.01$, $T = -8/32$). به عبارت دیگر مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی زوجین گروه آزمایش مؤثر بود.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش بیانگر تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی زوجها بود. توصیه می گردد مشاوران و درمانگران خانواده از این شیوه درمانی در مراکز مشاوره و کلاس های آموزش خانواده جهت حل مشکلات زناشویی زوجها بهره ببرند.

کلید واژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرسودگی زناشویی، زوج ها.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۳۱

مقدمه

ازدواج با دنیایی از امید شروع می شود، امید به روزی که احساسمان را درک کنند و ما را بپذیرند، امید به اینکه به تعلق خاطر برسیم، حمایت شویم و امنیت خاطر داشته باشیم (۱). آلیس عنوان می کند زوج هایی که به تازگی ازدواج کرده اند، کمتر به این فکر می کنند که ممکن است زمانی عشق افسانه ای آنها کمرنگ شود و این درست زمانی است که فرسودگی آغاز شده است (۲). فرسودگی وضعیت دردناک جسمانی، عاطفی و روانی است و کسانی که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی شان معنا ببخشد را متأثر می سازد. فرسودگی هنگامی بروز می کند که آنها متوجه می شوند، علی رغم تمام تلاش هایشان این رابطه به زندگی شان هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده و نخواهد داد (۳).

فرسودگی وضعیت دردناک جسمانی، عاطفی و روانی است و کسانی که توقع دارند عشق رؤیایی به زندگی شان معنا ببخشد را متأثر می سازد. فرسودگی هنگامی بروز می کند که آنها متوجه می شوند، علی رغم تمام تلاش هایشان این رابطه به زندگی شان هیچ معنا و مفهوم خاصی نداده و نخواهد داد (۴). از نظر لینگرن فرسودگی ناشی از عدم تناسب بین توقعات و واقعیات است. فرسودگی به علت ناکامی در عشق بروز می کند و پاسخی است در برابر مسائل وجودی (۵). پاینز، نیل، هامر و آیسکسن فرسودگی را به عنوان یک حالت خستگی جسمانی، عاطفی و روانی که در شرایط درگیری طولانی مدت همراه با مطالبات عاطفی ایجاد می شود، می دانند. در این تعریف خستگی جسمانی با کاهش انرژی، خستگی مزمن، ضعف و تنوع وسیعی از شکایت های جسمی و روان تنی مشخص می شود. در حالیکه خستگی عاطفی شامل احساسات درماندگی، ناامیدی و فریب می شود، خستگی روانی به رشد نگرش منفی نسبت به خود، کار و زندگی برمی گردد (۶).

ایدلویچ و بروسکی فرسودگی را به عنوان سرخوردگی پیشرونده در نظر می گیرند که شامل چهار مرحله تصاعدی است. این مراحل شامل (۱) اشتیاق (۲) ایستایی و رکود (۳) ناامیدی و (۴) بی علافگی و بی احساسی می شود (۷). تحقیقات کارشناسان خانواده نشان می دهد که امروزه شیوع فرسودگی زناشویی بیشتر شده است. به طور ی که ۵۰ درصد از زوج ها در ازدواج خود با فرسودگی زناشویی مواجه می شوند. اینکه عوامل فرسودگی چیست و آیا ممکن است ارتباط زوجینی که دچار فرسودگی شده اند را به ارتباطی عاشقانه و کارآمد تبدیل کرد، تحقیقات انجام شده به عوامل چندی اشاره کرده اند که در این زمینه می توان به تصورات رؤیایی از عشق، عدم توانایی حل تعارضات زناشویی و اثرات زیان بار آن بر سلامت

فیزیکی و عاطفی زوجین که می تواند موجب دامنه ای از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکانی شود که در معرض تعارضات والدین هستند، زوال خانواده گسترده، تغییر نقش های زن و مرد و باورهای ارتباطی اشاره کرد (۸). از آنجا که فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را به دنبال دارد، می تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (۹).

یکی از رویکردهای درمانی که می تواند در کاهش فرسودگی زناشویی مؤثر واقع گردد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا Acceptance and commitment therapy در سال ۱۹۸۶ توسط هایس ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمانهای رفتاری است و بدنبال موج دوم این درمانها از قبیل درمان شناختی رفتاری پدید آمد. ACT با یک برنامه تحقیقی تحت عنوان نظریه نظام ارتباطی یا Relational Frame Theory در ارتباط است (۱۰). در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (۱۱). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسانها بسیاری از احساسات، هیجانها یا افکار درونی شان را آزارنده می دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاشها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانها و افکاری می شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (۱۲).

ACT شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روانشناختی منجر می شوند و عبارتند از: گسلس (Defusion)، پذیرش (Acceptance)، تماس با لحظه حاضر (Contact with the Present Moment)، مشاهده خود (Observing)، ارزشها (Values) و عمل متعهدانه (Self Committed Action) (۱۳). این درمان شش اصل اساسی دارد: گسلس برای جلوگیری از درآمیختگی شناختی است. درآمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را درآمیخته یکی می داند. گسلس شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساسها، حواس، امیال و دیگر تجربه های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد به آنها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن

و تعهد (ACT) همراه با ذهن آگاهی بر رضایت مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی موثر بوده و رضایت زناشویی آنها را افزایش داده است (۲۰). همچنین پژوهش های انجام گرفته، ACT را به عنوان درمانی مناسب برای اختلال افسردگی (۲۱)، هراس اجتماعی (۲۲)، اختلالات اضطرابی (۲۳)، اختلال استرس پس از سانحه (۲۴)، اختلال اضطراب منتشر (۲۵)، اختلال صرع مقاوم به درمان (۲۶)، درد مزمن (۲۷) و اسکیزوفرنیا (۲۸) مطرح کرده اند.

فرسودگی زناشویی یکی از مشکلات زوجی شایعی است که بسیاری از زوج ها با آن مواجه هستند. مبتلایان به فرسودگی زناشویی احساس می کنند که از نظر هیجانی تباها شده اند، آزرده خاطر و دلسردند، علاقه ندارند چیزی را توضیح بدهند و یا در جهت حل مشکلاتشان گام بردارند. تصور می کنند که دیگر برای آنها در رابطه شان نقطه امیدی باقی نمانده است. از آنجا که این پدیده با احساساتی مانند خشم، نفرت، ناامیدی و سرخوردگی نسبت به همسر همراه است و انباشته شدن این احساسات دردناک به مرور زمان در زوج باعث بی میلی و ناخشنودی نسبت به همسر می گردد و زندگی در کنار شریک زندگی را غیر قابل تحمل می سازد، لذا توجه به این پدیده و اثرات مخرب آن و همچنین درمان بموقع آن برای سیستم زوجی بسیار مهم است. با توجه به اینکه تاکنون مداخلات اندکی جهت درمان مشکل فرسودگی زوج ها انجام گرفته و نیاز به مداخلات درمانی موثرتری احساس می گردد و از طرفی جستجوهای انجام شده توسط محقق نیز حاکی از آن بود که تاکنون پژوهشی به بررسی تاثیر رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین نپرداخته است لذا در پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال هستیم که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجها مؤثر است؟

روش مطالعه

پژوهش حاضر مداخله ای نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زوج های دارای مشکلات زناشویی مراجعه کننده به کلینیک مشاوره و خدمات روانشناختی راستین شهر گرگان در بهار سال ۱۳۹۴ تشکیل می دادند. پس از اعلام فراخوان از سوی محقق، از میان زوجهای متقاضی شرکت در جلسات که در فرصت یک ماهه ثبت نام نموده بودند (۵۹ زوج)، ۴۷ زوج بر اساس مصاحبه مقدماتی و موارد ورود و خروج به پژوهش، واجد شرایط شرکت در مطالعه شناخته شدند. ملاکهایی که جهت ورود افراد به پژوهش در نظر گرفته شد

و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود، که تغییر نمی کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربه افکار، احساسها، خاطره ها، امیال، حواس، تصویرها، نقشها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده ها تغییر می کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزشها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهمترین و عمیقترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آنها متعهدانه و مؤثر عمل کند (۱۴).

پژوهش های مختلفی به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بافت خانوادگی و زوجی پرداخته اند. کریستین و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که زوجین ناسازگاری که زوج درمانی رفتاری تلفیقی مبتنی بر آموزش پذیرش و تعهد دریافت کرده بودند، در مقایسه با همتابان خود در گروه کنترل رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را در پیگیری سه ماهه نشان دادند (۱۵). نتایج مطالعه پترسون و همکاران که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در درمان زوجهای پریشان بکار بردند، حاکی از آن بود که هر دو زوج پس از پایان درمان سازگاری خوب و مداومت در بهبود را نشان دادند. همچنین در مطالعه آنها پریشانی بین فردی کاهش یافت و زوجین تا پایان درمان به بهبودی ادامه دادند (۱۶). باراج و همکاران در مطالعه ای دو شیوه زوج درمانی سیستمی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی آشفتگی زناشویی زوج های ۲۰ تا ۳۰ ساله مورد مقایسه قرار دادند. نتایج تحلیل مانووا نشان داد که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تمام متغیرهای ارتباطی را بیش از زوج درمانی سیستمی بهبود بخشیده بود (۱۷). کارسون و همکاران در پژوهشی درمان ACT و ذهن آگاهی را بر روی ۴۴ زوج در دو گروه آزمایشی و کنترل مورد بررسی قرار دادند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش شامل شاخص کیفیت زناشویی، پرسشنامه استدلال و وابستگی، شاخص پذیرش همسر، مقیاس آشفتگی گلوبال و شاخص تجارب معنوی بود. نتایج نشان داد که مداخلات سبب غنی سازی ارتباطات زوجین و سلامت روانی فردی گردیده بود (۱۸). عرب نژاد و همکاران در پژوهشی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی زوج های شهر تهران بررسی نمودند و بیان کردند که این رویکرد درمانی باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش صمیمیت زوجین شده است (۱۹). لشنی و همکاران طی پژوهشی اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را بر رضایت مندی زناشویی همسران جانبازان ضایعات نخاعی را مورد آزمایش قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که مداخله مبتنی بر پذیرش

زوج) برای هر گروه در نظر گرفته شد (۲۹). در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی (۳۰) رعایت گردید که از جمله آنها می توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. پس از جایگزینی شرکت کنندگان در گروه مداخله و شاهد و اخذ پیش آزمون، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای آزمودنی های گروه آزمایش در ۱۲ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و بر اساس طرح درمان پیوسته زوج ها که بر اساس کتابچه راهنمای ACT ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) توسط پترسون و همکاران (۲۰۰۹) (۱۶) بسط داده شده است، برگزار گردید اما گروه کنترل درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره های درمانی بعدی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی از هر دو گروه پس آزمون بعمل آمد. در پایان مرحله پس آزمون، محقق به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بصورت یک کارگاه دو روزه برای شرکت کنندگان گروه کنترل برگزار نمود.

عبارت بودند از اینکه زوجها حداقل مدرک تحصیلی سیکل داشته باشند، حداقل دو سال از زمان ازدواج آنها گذشته باشد، فرم رضایت نامه درمان را تکمیل کرده باشند، هر دو عضو زوج در جلسات حضور داشته باشند، تعهد بدهند که تا پایان درمان در جلسات حضور داشته باشند و خارج از جلسات درمانی خدمات مشاوره فردی دریافت نکنند. موارد خروج از پژوهش نیز مصرف سیگار، الکل و مواد روانگردان، سابقه خیانت زناشویی، مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه بستری در بیمارستانهای روانپزشکی در نظر گرفته شد. در مرحله بعد تمامی زوج های واجد شرایط (۴۷ زوج) به پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاسخ دادند و بر اساس نمرات اکتسابی در پرسشنامه ها، ۲۰ زوجی که بالاترین نمرات را در پرسشنامه فرسودگی زناشویی کسب نموده بودند و فرسودگی زناشویی بیشتری نسبت به سایرین داشتند به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ زوج) جایگزین شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در طرح های تجربی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۲۰ نفر (۱۰

جدول ۱: خلاصه ای از طرح درمانی رویکرد ACT

جلسه	استراتژی	مداخلات
جلسه اول: ارزیابی و جهت گیری درمان	گرفتن جزئیات از زوجها، معرفی ACT	معرفی تمرکز تمرینات
جلسه دوم: ارزیابی های فردی	مصاحبه فردی، ارزیابی برای منع موارد مصرف: خشونت خانگی، روابط نامشروع روانی غیر قابل درمان	جلسه طرح ریزی زوجی، یکپارچه سازی ارزیابی فردی و زوجی
جلسه سوم: ارزیابی تلاش های هزینه های رابطه های بی اثر	بررسی هزینه های تعارض و اجتناب زوج ها، توسعه ناامیدی خلاق	استفاده از استعاره تله انگشت چینی و تمرین جنگ و تقلا با همسر
جلسه چهارم: تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس	تمرین پذیرش افکار و احساسات
جلسه پنجم: هم جوشی شناختی	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوج ها	تمرین راننده اتوبوس، افکار روی برگه های تمرین
جلسه ششم: مشاهده افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنشهای خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر	افکار روی برگه های تمرین، تمرین پذیرش واکنش های رابطه
جلسه هفتم: انتخاب جهت ارزشها	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی ارزشهای رابطه و زندگی	تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر میخواهم؟
جلسه هشتم: شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرگ ارزشها، بحث در مورد موانع ارزشهای زندگی و کمک به مراجعان تا بجای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند.	کاربرگ عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده اتوبوس
جلسه نهم: ایجاد الگوهای انعطاف پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل	کاربرگ عمل متعهد
جلسه دهم: خود بعنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوجها در خود بعنوان زمینه رابطه	کاربرگ اقدام متعهد، استعاره صفحه شطرنج
جلسه یازدهم: پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد	کاربرگ اقدام متعهد
جلسه دوازدهم: کار در جهت پایان	بازبینی ارزشهای رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان	CD تمرینات تمرکز حواس برای تمرین در خانه

ابزار پژوهش

مقیاس فرسودگی زناشویی پاینز (Couple Burnout Measure):

در این پژوهش به منظور اندازه گیری میزان فرسودگی زناشویی از مقیاس ۲۱ سوالی فرسودگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) استفاده شده است. در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده فرسودگی زناشویی بیشتر است و حد بالای نمره ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ می باشد. برای تفسیر نمره ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره های حاصل شده از پرسشنامه بر تعداد سوالات (۲۱ سوال) به دست می آید. در تفسیر نمره ها، درجه بیشتر از ۵، نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشان دهنده وجود بحران، درجه ۴، نمایانگر حالت فرسودگی، درجه ۳ نشان دهنده خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نیز نشان دهنده وجود رابطه خوب است. ضریب اطمینان آزمون - باز آزمون، ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه و ۰/۶۶ برای دوره سه ماهه بود. ضریب آلفای اندازه گیری شده بین ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران نویدی، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (۳۱). در پژوهشی برای به دست آوردن روایی (CBM) این آزمون را با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ همبسته کردند، ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰ - بدست آمد که در سطح $P < 0.001$ معنادار می باشد (۳۲). در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره گیری از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS v.20 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت که در آن متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (T تفاضل) استفاده گردید.

یافته‌ها

بررسی داده ها در سطح توصیفی نشان داد میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش $5/04 \pm 32/08$ سال و میانگین سنی گروه کنترل $7/05 \pm 34/45$ سال بود. میانگین مدت تأهل نیز برای گروه آزمایش $6/05 \pm 8/25$ سال و برای گروه کنترل $5/01 \pm 9/33$ سال بود.

در جدول شماره ۲ توزیع فراوانی تحصیلات و تعداد فرزندان دو گروه آزمایش و کنترل ارائه گردیده است که براساس اطلاعات مندرج در این جدول در گروه آزمایش افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و لیسانس هر کدام با ۷ فراوانی و ۳۵٪، بیشترین افراد این گروه را شامل می شوند و در گروه کنترل افراد دارای مدرک تحصیلی

لیسانس با فراوانی ۸ و در بر گرفتن ۴۰٪ کل افراد این گروه، بیشترین افراد را شامل می شوند. در تعداد فرزند نیز در گروه آزمایش زوجهای بدون فرزند و دارای یک فرزند هرکدام با فراوانی ۸ (یا به عبارتی ۴ زوج)، بیشترین افراد را شامل شده اند و در گروه کنترل نیز افراد بدون فرزند با ۱۰ فراوانی (به عبارتی ۵ زوج بدون فرزند)، بیشترین افراد را در بر گرفته اند. برای بررسی همتا بودن گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای تحصیلات و تعداد فرزندان نیز از آزمون یومن - ویتنی استفاده شده که نتایج این آزمون برای تحصیلات ($U=193$ ، $Z=-0/467$ ، $P>0/05$) و تعداد فرزندان ($U=184$ ، $Z=-0/201$ ، $P>0/05$) نشان داد که تفاوت معناداری در بین دو گروه در متغیرهای یاد شده وجود ندارد و بنابراین دو گروه در این متغیرها همتا می باشند.

جدول شماره ۳ بیانگر شاخصهای توصیفی متغیر فرسودگی زناشویی دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است. همان طور که ملاحظه می شود میانگین نمرات فرسودگی زناشویی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون $3/29 \pm 93/60$ و در مرحله پس آزمون $3/27 \pm 78/10$ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین فرسودگی در مرحله پیش آزمون $3/95 \pm 92/25$ و در مرحله پس آزمون $3/57 \pm 90/45$ بوده است. تغییرات نمرات این دو گروه در دو مرحله آزمون در ردیف تفاضل پس آزمون - پیش آزمون ارائه شده است که بر این اساس میانگین تغییرات در گروه آزمایش $3/80 \pm 15/50$ - واحد و در گروه کنترل $6/30 \pm 1/80$ - واحد بوده است. مقادیر منفی نشان می دهند که در پس آزمون دو گروه، شاهد کاهش نمرات فرسودگی زناشویی بوده ایم اما این تغییرات در گروه آزمایش محسوس تر بوده است. برای مشاهده اینکه آیا این تغییرات به لحاظ آماری معنادار بوده است یا خیر از آزمون T تفاضل برای دو گروه مستقل استفاده کرده ایم که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

با توجه به اینکه در بررسی فرضیه پژوهش از آزمون آماری پارامتریک استفاده می کنیم، ابتدا نرمال نرمال بودن توزیع نمرات تفاضل پس آزمون - پیش آزمون فرسودگی زناشویی توسط آزمون شاپیرو - وایلک بررسی شد که نتایج نشان داد توزیع نمرات در این متغیر نرمال می باشد ($Z=0/951$ ، $df=40$ ، $P>0/05$).

جدول شماره ۴ نتایج آزمون T برای بررسی تفاوت دو گروه مستقل را نشان می دهد. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی زناشویی گروه آزمایش $3/80 \pm 15/50$ - و میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی زناشویی گروه کنترل $6/30 \pm 1/80$ - بوده است. از آنجایی که یکی از پیش فرضهای استفاده از آزمون T،

و بنابراین بین فرسودگی زناشویی گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد و با توجه به میانگین های این دو گروه ملاحظه می شود که میانگین فرسودگی گروه آزمایش کمتر می باشد. با توجه به این نتیجه فرضیه پژوهش تایید می گردد بدین معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجها مؤثر می باشد.

همگن بودن واریانسهای دو گروه مورد بررسی می باشد، بنابراین برای بررسی این پیش فرض از آزمون لون استفاده شده است. مقدار آزمون لون ۶/۰۱ بدست آمده است و از آنجایی که که این مقدار به لحاظ آماری معنادار می باشد ($P < ۰/۰۵$)، بنابراین در محاسبه درجه آزادی باید تعدیل صورت گیرد تا تفسیر نتیجه آزمون T درست صورت بگیرد که تعدیل در درجه آزادی در جدول مشاهده می شود. مقدار T بدست آمده در مقایسه فرسودگی زناشویی دو گروه ۸/۳۲- می باشد که این مقدار به لحاظ آماری معنادار می باشد ($P < ۰/۰۱$)

جدول ۲: توزیع فراوانی تحصیلات و تعداد فرزند آزمودنیها

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد	تعداد فرزند	فراوانی	درصد
آزمایش	دیپلم	۷	۳۵	بدون فرزند	۸	۴۰
	لیسانس	۷	۳۵	یک فرزند	۸	۴۰
	فوق لیسانس	۶	۳۰	دو فرزند	۴	۲۰
کنترل	دیپلم	۶	۳۰	بدون فرزند	۱۰	۵۰
	لیسانس	۸	۴۰	یک فرزند	۶	۳۰
	فوق لیسانس	۶	۳۰	دو فرزند	۴	۲۰

جدول ۳: شاخص های توصیفی فرسودگی زناشویی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۹۳/۶۰	۳/۲۹	۹۲/۲۵	۳/۹۵
پس آزمون	۷۸/۱۰	۳/۲۷	۹۰/۴۵	۳/۵۷
تفاضل پس آزمون-پیش آزمون	-۱۵/۵۰	۳/۸۰	-۱/۸۰	۶/۳۰

جدول ۴: نتایج آزمون T

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون لون	سطح معناداری	آزمون T	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	-۱۵/۵۰	۳/۸۰	۶/۰۱	۰/۰۱۹	-۸/۳۲	۳۱/۲۱	۰/۰۰۱
کنترل	-۱/۸۰	۶/۳۰					

(۳۴)؛ کیوان پور و لطفی کاشانی که در پژوهش خود بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل مؤثر بوده است (۳۵)؛ امان الهی و همکاران که در تحقیق خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود پریشانی زناشویی زوج ها گردیده است (۳۶)، هنرپروران که در مطالعه خود به بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت از همسر پرداخت و نشان داد که این شیوه درمانی بر بخشش و بهبود مولفه های سازگاری زناشویی زنان مؤثر بوده است (۳۷) و عرب نژاد و همکاران که در مطالعه خود بیان کردند که رویکرد درمانی پذیرش و تعهد باعث کاهش تعارضات و افزایش صمیمیت زناشویی زوجین گردیده است (۳۸) همخوانی دارد. همچنین نتایج بدست آمده در

بحث

در این پژوهش کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی زوج ها مورد بررسی قرار گرفت. یافته های نشانگر این بود که مداخله پذیرش و تعهد، بطور معناداری موجب کاهش فرسودگی زناشویی زوجهای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این نتایج با یافته های تحقیقات باربی و لانگر که تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی ۹۵ زوج مورد پژوهش قرار دادند و نتایج حاکی از ارتباط قوی و معناداری بین این مداخلات و رضایت زناشویی بود (۳۳)؛ پیترسون و ایفرت که نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان مناسب برای کاهش استرس ناباروری، پریشانی روانی و افسردگی ناشی از ناباروری است

آنها گردند. از دیدگاه ACT اجتناب از تجارب فرایند آسیب زایی را بوجود می آورد که در ایجاد و گسترش تعارضات زناشویی و خانوادگی شرکت می نماید (۴۴). جورج نیز معتقد است که پذیرش، بحث های غیر مؤثر خانوادگی را به سمت بازگشایی در خلوص و تغییرات اساسی هدایت می نماید و فضایی را برای زوجین باز می نماید تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر بتواند فکر نمایند و احساس کنند (۴۵). کارمودی و اولزنکی نیز در مورد اثر بخشی تمرینات تمرکزی می نویسند این تمرینات کمک می نمایند تا فرد مستقیماً با وقایع استرس زا و تنش زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را بجای کنترل و یا کشمکش با آنها تجربه نماید. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را دارد، بلکه به همسر نیز اجازه می دهد تا چنین تجربه ای داشته باشد (۴۶).

در تبیین نتایج بدست آمده می توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج ها این امکان را می دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می شود. اصلاح و تقویت خوددلسوزی (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است) یک جنبه مهم این درمان محسوب می شود. به گونه های که واکنش پذیری، ترس و قضاوت های بیجا کاهش یابد. در نهایت هدف این درمان، تجربه افکار، احساسات و حس ها همان گونه که به طور طبیعی اتفاق می افتد، می باشد (۴۷، ۴۸). در مجموع می توان گفت که مداخلات صورت گرفته بر اساس این رویکرد، به زوج ها کمک نمود تا بتوانند تعارضات خود را با همسرشان حل کنند، ارتباط جدید و مثبتی را آغاز نمایند، برای ایجاد صمیمیت در رابطه جدید تلاش کنند و به این ترتیب از میزان مشکلات زناشویی خود بکاهند و در نهایت فرسودگی زناشویی آنها کاهش یابد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته فرسودگی زناشویی زوج ها را کاهش دهد. از دست آوردهای این پژوهش می توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می تواند نتایج پژوهش های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته های پژوهش حاضر می تواند برای تدوین برنامه های

پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخشی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد با یافته های پژوهش های کریستن و همکاران (۱۵)، پترسون و همکاران (۱۶)، بارچ و همکاران (۱۷)، لی و همکاران (۳۹)، مک کراکن و همکاران (۴۰)، باسلت و هال (۴۱)، نریمانی و همکاران (۴۲) و اشجع و همکاران (۴۳) همسو و در تأیید آنها می باشد.

در تبیین نتایج این پژوهش می توان گفت از نظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توسعه و نگهداری تعارض و فاصله عاطفی در زوجها، ناشی از ترکیب کنترل های محکم و بی فایده هر یک از آنها و راهبردهای اجتناب تجربی در رابطه زن و شوهر است. واقعی در نظر گرفتن افکار ارزیابانه منفی و عمل بر طبق آنها، چرخه رابطه منفی زوج ها را حفظ می کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدنبال تضعیف این فرایندها و در نتیجه کاهش رنج های غیر ضروری زوج هاست که بوسیله اجتنابهای تجربی هریک از آنها ناشی می شود. هدف اصلی این نوع از زوج درمانی کمک به هریک از زن و شوهر است برای اینکه از فرایندهای شناختی و واکنش های عاطفی خود چه به تنهایی و چه در رابطه دو نفره آگاه شوند. ارزشهایی که آنها را در رابطه نگه داشته است را روشن کنند و به عمل در روشهایی که بطور مداوم متناسب با این اهداف هستند حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته متعهد شوند. معمولاً زوجها از موقعیتهای مرتبط با آسیب، طرد یا تعارض اجتناب می کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زوج ها نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی ها و الگوهای ارتباط را آموزش می دهد. بطور واضح نشان داده می شود که وقتی یکی از زوجها از لحاظ عاطفی احساس آسیب و یا ناتوانی و ضعیف شدن می کند به فاصله عاطفی روی می آورد. هر چند فاصله عاطفی از افراد محافظت می کند و امکان پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می دهد. با یادگیری مهارت این افکار، پذیرش آگاهانه این قبیل افکار و عمل به روشهایی که ارتباط و صمیمیت عاطفی زوجها را هدف قرار می دهد، تمرین می شود. همانطور که زوجها شروع به بکارگیری این مهارتها و راهبردها می کنند، بیشتر تمایل پیدا می کنند و قادر می شوند به موقعیت های اجتناب قبلی نزدیک شوند و به آنها فرصت رفتار به شیوه ای که رضایت از رابطه را بهبود می بخشد و صمیمیت بین فردی را افزایش می دهد داده می شود و نزدیک شدن به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب قبلی و عمل در جهت سازگار با ارزش های رابطه دو طرفه، این فرصت را برای زوجها فراهم می کند تا ارتباط قوی تری را فراهم کنند (۱۶).

به عقیده هافمن و اسموندسون ACT زوجین را تشویق می نماید که با ارزشهای واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب

دست آید. پیشنهاد می گردد که محققین تأثیر این مدل درمانی را بر سایر متغیرهای زناشویی مورد بررسی قرار داده و همچنین در قالب طرحهای پژوهشی موردی، فرایندهای مختلف درمان را مورد بررسی قرار دهند. انجام آزمون پیگیری پس از انجام دوره درمان به منظور ارزیابی بلندمدت تأثیرات این روش درمانی و تثبیت آموزشهای جلسات پایانی و بالاخره انجام جلسات یادآوری پس از پایان دوره درمان به منظور جلوگیری از افت اثر درمان پیشنهاد می گردد. همچنین پیشنهاد می گردد تا مشاوران و درمانگران خانواده از این رویکرد درمانی در گروه های زوج درمانی و خانواده درمانی و کلاسهای آموزش خانواده جهت حل مشکلات زناشویی بهره ببرند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند تا از همکاریهای مدیریت محترم مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی راستین جناب آقای دکتر بهرام بختیاری سعید و تمامی زوجینی که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند. پژوهش حاضر حاصل پایان نامه یا طرح پژوهشی نبوده و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی است که ایجاب می نماید در تعمیم نتایج به آنها توجه شود. تحقیق حاضر بر روی زوج های گرگانی انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج به زوج های دیگر شهرها و مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت های دیگر این مطالعه، این مساله بود که به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان مطالعات پیگیری انجام نشد. شیوه نمونه گیری در دسترس، حجم نمونه کم و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی نیز از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر است. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی به جهت تعیین دقیق تر اثرات درمانی رویکرد پذیرش و تعهد مرحله پیگیری نیز گنجانده شود و نتایج آنها با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می گردد در پژوهش های آتی برای بدست آوردن نتایج کامل تر و بالطبع امکان تعمیم دقیق تر یافته ها، تعداد آزمودنی ها و مشارکت کنندگان در درمان افزایش یابد. پیشنهاد می گردد پژوهش هایی به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با دیگر رویکردهای درمانی در حوزه زوجی و خانوادگی بپردازند تا تصویر روشن تری از کارایی این شیوه درمانی با توجه به بافت فرهنگی کشور ما به

References

- 1- Gholamzade M, Atari Y , Shafiabadi A. Efficacy of communication skills training on the performance of family welfare in couples referring to Ahwaz. Knowledge and Research in Applied Psychology 2009; 41: 87-110. (Persian)
- 2- Khodabakhshi Koolae A, Adibrad N, Saleh Sedgh Poor B. The comparison of relationship beliefs and couples burnout in women who apply for divorce and women who want to continue their marital life. Iran J Psychiatry 2009; 5:35-39.
- 3- Zarei E, Sadeghifard M, Adli M, Tayebi Soogh M. The Effectiveness of Ellis couple therapy training (Therational-emotional-behavioral approach) on reducing the marital burnout. Journal of Life Science and Biomedicine 2013; 3: 229-32.
- 4- Capri B. The Turkish adaptation of the burnout measure-short version (BMS) and couple burnout measure-short version (CBMS) and the relationship between career and couple burnout based on psychoanalytic- existential perspective. Educational Sciences: Theory & Practice 2013; 13(3): 1408-1417.
- 5- Lingern HG. Marriage Burnout, Retrieved. August 11; 2003.
- 6- Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. Social Psychology Quarterly 2011; 74 (4): 361-386.
- 7- Davarniya R, Zaharakar K, Nazari AM. The effect of brief solution-focused couple therapy

(BSFCT) approach on reducing couple burnout dimensions in women. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2015; 1(1):36-46. (Persian)

8- Davarniya R, Zaharakar K, Moayeri N, Shakarami M. The effectiveness of emotionally focused group couple therapy on reducing couple burnout of women. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch* 2015; 25(2):132-140. (Persian)

9- Huston T. What is love got to do with it? Why some marriage succeed and other fail. *J Person Relationship* 2009; 16 (3): 301-27.

10- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1):1-25.

11- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, je. fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2008:263-265.

12- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RC, Pistorelo J, Tormino D & etall. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec* 2004; 54(4): 553-578.

13- Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage* 2011; 4:41-49.

14- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behav Ther* 2006; 37(1): 3-13.

15- Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom DH, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J Consult Clin Psychol*; 2011; 72(2): 176-191.

16- Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract* 2009; 16(4) : 430-442.

17- Baruch D, Kanker J, Busch A. Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies* 2012; 8 (3): 241-257.

18- Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness based relationship enhancement. *Behavior Therapy* 2004; 35(3):471-494.

19- Arabnejad S, Birashk B, Abolmaali Alhosseini KH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *Journal of Social Issues & Humanities* 2014; 2(8):89-93.

20- Lashani L, Farhoudian A, Azkhosh M, Dolatshahi B, Saadat H. Acceptance and commitment therapy in the satisfaction of veterans with spinal cord injuries spouses. *Iranian Rehabilitation Journal* 2013; 11(18):56-60.

21- Folke F, Parling T, Melin L. Acceptance and commitment therapy for depression: A

preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(4):583-594.

22- Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol & Psychol Ther* 2006 ; (6):397-416.

23- Clark DM, McManus F. Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry* 2002; 51(1):92-100.

24- Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif* 2005; 29(1): 95-129.

25- Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 2007; 38(1): 72-85.

26- Lundgren T, Dahl J, Yardi N, Melin L. Acceptance and commitment therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy Behav* 2008; 13(1): 102–108.

27- Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behav Ther* 2004; 35(4): 767–83.

28- Bach P, Hayes SC. The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(5): 1129–39.

29- Delavar A. Foundations of theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publishers; 2011. (Persian)

30- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191–4.

31- Navidy F. Study and comparison of couple burnout relationship with organizational climate factors in employee education and hospitals of Tehran nurses. [Dissertation]. Shahid Beheshti University of Tehran; 2005. (Persian)

32- Sodani M, Dehghani M, Dehghanzadeh Z. Effectiveness of transactional analysis training on couple burnout and quality of life in couples. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2013; 3(2):160-180. (Persian)

33- Lance M, McCracken, Ayana Sato, Gordon J. Taylor. A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *J Pain*. 2013; 14(11):1398-406.

34- Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract* 2011; 18(4): 577–587.

35- Keyvanpour P, Lotfi Kashani K. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) in increasing rate of marital satisfaction in married women. *Journal of Educational and Management Studies* 2014; 4(3):614-616.

- 36- Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastehmehr R, Imani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of distressed couples. *Biannual Journal of Applied Counseling* 2014; 4 (1):103-119. (Persian)
- 37- Honarparvaran N. Effectiveness of acceptance and commitment approach on forgiveness and marital adjustment in women affected by the betrayal of wife. *Journal of Sociology Women* 2014; 5(2):135-149. (Persian)
- 38- Arabnejad S, Birashk B, Abolmaali Alhosseini KH. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on increasing marital intimacy and decreasing marital conflicts between the couples of Tehran. *Journal of Social Issues & Humanities* 2014; 2(8):89-93.
- 39- Lee V, Robin Cohen S, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc Sci Med.* 2006; 62(12):3133-45.
- 40- McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behav Res Ther* 2011; 49(4):267-74.
- 41- Baslet G, Hall J. Case report: Brief mindfulness based psychotherapeutic intervention during inpatient with conversion and dissociation. *Clinical Case Studies* 2011; 10(2): 95-109.
- 42- Narimani M, Abbasi M, Beygian Koulehmarz MJ, Bakhti M. Comparative effectiveness of acceptance and commitment approach and group narrow therapy on adjusted early maladaptive schemas in divorce clients. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2014; 4(1):1-28. (Persian)
- 43- Ashjaa M, Farahbakhsh Q, Sedrpoushan N, Sotoudeh Z. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on decreasing housewife's depression. *Journal of Cultural - Educational of Women and Families* 2012; 7(19): 167-179. (Persian)
- 44- Hofmann SG, Asmundson GJ. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clin Psychol Rev* 2008; 28(1):1-16.
- 45- Georg LA, Eifert GH. Treating parent-adolescent conflict: Is acceptance the missing link for an integrative family therapy? *Cogn Behav Pract* 2004; 11(3):305-314.
- 46- Carmody J, Baer RA, L B Lykins E, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 2009; 65(6):613-26.
- 47- Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(6):1083-1089.
- 48- Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2013; 20(3):264-281.